623 N4, 18

Lane Medical Library

Ueber

die verschiedenartigen stuporösen Zustände.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Otto Buttenberg

aus Gerbstedt,

Preussen.

Jena,

Druck von B. Engau.

1886.

Genehmigt von der medicinischen Facultät zu Jena auf Antrag des Herrn Professor Dr. O. Binswanger.

Jena, am 27. Juli 1886.

Dr. H. Kuhnt,
d. Z. Decan.

Einer der interessantesten Krankheitszustände des menschlichen Geistes ist derjenige. welcher mit dem Namen „Stupor“ bezeichnet wird. Er ist nicht nur wegen seines sonderbaren Krankheitsbildes — scheinbare, mehr oder weniger totale Aufhebung des Geisteslebens, welche vollständiger Verblödung gleicht, und darauf folgende gesunde Intervalle oder auch vollständige Genesung — sehr auffällig, sondern auch deshalb von hervorragender Wichtigkeit, weil er als vorübergehende Phase im Verlauf von allen Geisteskrankheiten auftreten kann.

Alle im Verlaufe der verschiedensten Psychosen vorkommenden stuporösen Zustände haben eine gleiche psycho-pathologische Grundlage und ein gleiches Symptomenbild, in der Art der Entstehung sind die stuporösen Zustände jedoch einigermassen unterschieden.

Die psycho-pathologische Grundlage der Stuporzustände besteht in einer Hemmung, einer temporären Aufhebung der psychischen Funktionen in allen Theilen der bewussten Geistesthätigkeit — beim Blödsinn sind die psychischen Funktionen ausgelöscht, verödet. —

*

Daher ist im Stupor die Auffassung der Aussenwelt eine verschwommene, der Vorstellungsverlauf verlangsamt, andrerseits besteht Stimmungsmangel, resp. die Affekte sind so schwach, dass sie nicht auf die Willensthätigkeit wirken, oder aber, es ist nur die Umsetzung der an und für sich starken, ja überstarken Affekte in Handlungen gehemmt. Das am meisten in die Augen fallende Symptom der stuporösen Erkrankung ist die Willenshemmung, die Bewegungslosigkeit, Erstarrung des Kranken, welche ja auch dem ganzen Krankheitsbilde den Namen gegeben hat.

Die eben erwähnten Hemmungserscheinungen der gesammten Geistesthätigkeit im Stupor treten auf in Folge primärer Affektionen der affectiven oder der intellektuellen Sphäre:

Die primäre Grundlage ist entweder ein Zwangsaffekt, eine deprimierte, melancholische Gemüthsverstimmung, welche, gewissermassen auf die andern psychischen Elementarthätigkeiten übergreifend, zu der Hemmung der intellektuellen und der Willens-Sphäre führt, oder es besteht eine primäre Alteration der intellektuellen Sphäre selbst und die Affekte sind nur quantitativ, aber nicht qualitativ verändert.

Die speciellen Erscheinungen beim Stupor sind folgende:

Der Stuporöse ermangelt fast aller Spontaneität, er steht stundenlang auf einem Flecke, rührt kein Glied. das Mienenspiel ist starr, kein Gesichtszug ändert sich. Willkürliche Bewegungen erfolgen selten oder mit sichtlicher Mühe und langsam. Die Sprache ist langsam, die Reaktion auf äussere Reize und die Schmerzempfindlichkeit sind herabgesetzt. Neben der Verminderung der Schmerzempfindlichkeit ist überhaupt die Aeusserung irgend eines Affektes wie aufgehoben.

Dazu ist auch das Bewusstsein und die Apperception getrübt, der Vorstellungsablauf erschwert und träge.

Neben den genannten Hemmungserscheinungen der Geistesthätigkeit ist noch eine allgemeine Verlangsamung aller vegetativen Vorgänge vorhanden. Die Respiration ist oberflächlich, verlangsamt, die Herztöne schwach, der Puls klein und langsam, die Peristaltik des Darmes vermindert, die Circulation der Körpersäfte träge. In Folge dessen stellen sich oft Obstipation, Cyanose und Oedeme der Extremitäten, allgemeine Abmagerung ein.

An Stelle des Namens „Stupor“ hatte man früher für die jetzt damit bezeichneten krankhaften Zustände wechselnde Bezeichnungen, und es sind auch im Laufe

der Zeit verschiedene Unterabtheilungen des Stupor und zwar mit wechselnder Benennung aufgestellt worden.

Im Alterthum[1]) scheint man stuporöse Zustände unter dem Begriffe „Lethargus“ zusammengefasst zu haben.

Dieselbe Bezeichnung benutzt auch Willis in seiner Abhandlung über Geisteszerrüttung[2]).

Esquirol[3]) wendet schon den Namen „Stupor“ an. Er sagt, allerdings nur beiläufig, dass Kranke, welche er unter der Kategorie Dementia „Verwirrtheit“ aufführt, in „Stupor“ verfallen. Ausserdem schildert er noch Zustände, wie wir sie jetzt als Melancholia cum stupore bezeichnen, unter dem Kapitel der Melancholie resp., da er diese Bezeichnung verwirft, der „Lypemanie.“

---

1) Intelligimus Lethargum ex obstrusione atque hebetudine sensuum pressura etiam, atque febre aucta sive jugi, sive dimissionibus intercapedinata, pulsu magno, tardo, inani et inflato. — Sine his enimneque esse intelligi lethargus potest. —

Erit praeterea tacitus is, qui natura atque sanitatis tempore fuerat multiloquus, tum piger ac non sponte initrans loquelam, sed alienam prosequens: suarum tacitus querelarum aut non digna ratione referens: multo etiam veluti somno affectus, ne quicquam somnians, aut rerum, quas somniaverit, memor: schema jacenti frequenter supinum, contra solidam consuetudinem; oscitatio jugis, extensio crurum, tanquam e somno expergescentis.

Cael. Aur. Lib. II. Cap. 2. Beide Citate nach Willis.

2) Willis: Ueber Geisteszerrüttung, übersetzt und mit Bemerkungen versehen von Amelung 1826.

3) Esquirol, Pathologie und Therapie der Seelenstörungen, bearbeitet von Hille und Heinroth. 1827.

Esquirol, Geisteskrankheiten, übersetzt von Bernhard. 1838.

Guislain[1]) hat unter dem Sammelbegriff „Dementia“ Krankheitsformen untergebracht, die wir zum Theil jetzt als „Stupor“ oder „stuporöse Zustände“ bezeichnen. Seine Dementia, die in Schwächung theils der moralischen, theils der intellektuellen Kräfte besteht, die oft begleitet ist von Sinken und Erlöschen der Bewegungen, umfasst fünf Typen. Er definirt die erste „wahre Demenz“, die er auch „fatuitas, amentia“ nennt, dahin, dass sie eine Erschöpfung, ein Zusammenfallen der geistigen Kräfte sei: Der Kranke höre, sehe, unterscheide, verstehe nicht, nehme nicht wahr, dem Kranken mangele das Gedächtnis.

Die andern Arten mit ihren zahlreichen Unterabtheilungen: — wahre und scheinbare Demenz, in der Fälle von Imbecillität und acuter Demenz mit Heilung zusammen beschrieben werden, vollständige und unvollständige Demenz, specielle und allgemeine mit Monodementia und Polydementia, primäre und konsecutive Demenz mit ihren nach allen Seiten ausgebauten Unterarten —, enthalten im Grossen und Ganzen Schwachsinnsformen, die als Ausgänge psychischer Störungen auftreten.

Die Stupidität Guislain's scheint, ebenso wie die von Schröder v. d. Kolk[2]) geschilderte, die jetzt sogenannte „akute heilbare Demenz“ zu sein.

1) Guislain, Geisteskrankheiten. 1854.

2) Schröder v. d. Kolk, Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten auf anatomisch-physiologischer Grundlage. 1863.

Schröder v. d. Kolk sagt: „Der Kranke sitzt unbeweglich da, ohne auf eine Frage zu antworten, er bewegt die Augen nicht, deren Pupillen übrigens nicht immer erweitert sind, er wendet seine Aufmerksamkeit keinem einzelnen Gegenstande zu und scheint ganz gedankenlos zu sein. Bei höheren Graden des Uebels wird sogar der Mund nicht immer geschlossen und der Speichel fliesst fortwährend über das Kinn herab; ja selbst der Hunger scheint nicht immer gefühlt zu werden, der doch Idioten gewöhnlich noch in Unruhe versetzt. Harn und Stuhl gehen auch dann wohl unwillkürlich ab.... Wie schwer auch die Erscheinungen auftreten mögen, man darf solche Kranke nicht mit eigentlichen Blödsinnigen verwechseln und für unheilbar halten. Ich habe mehr denn einen Kranken der Art genesen sehen."

Griesinger[1]) trennt Melancholia cum stupore von akuter heilbarer Demenz. Er sagt auch, nach Schilderung des Zustandes, wie er bei Melancholia cum stupore sich findet: „Daher konnte es auch ausgezeichneten Beobachtern (Esquirol, Georget, Ellis) begegnen, diese Zustände als Blödsinn aufzufassen." Er behauptet, dass die meisten von früheren Autoren mit dem Namen der akuten heilbaren Demenz bezeichneten Krankheitsformen der Melancholia cum stupore angehörten. Doch kämen auch unzweifelhaft theils Mittelzustände zwischen melancholischem Stumpfsinn und wirklichem Blödsinn, theils

1) Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861.

entschiedene Fälle primären akuten und heilbaren Blödsinns vor. Er führt dazu ein Beispiel an, wo nach einem Strangulationsversuche ein mehrwöchentlicher blödsinniger Zustand eingetreten ist.

Schüle[1]) wendet die Bezeichnung „Stupor" in der jetzt allgemein acceptierten Ausdehnung an und will zwei Hauptarten von Stupor unterschieden haben: einen psychisch und einen direkt organisch ausgelösten. In die erste Reihe sollen gehören die perakuten und akuten Stuporphasen als Ausdruck einer psychischen (motorischen und sensiblen) Hemmung in Folge hallucinatorischer oder melancholisch schmerzlicher Ueberwältigung auf weiterer Grundlage eines entsprechend widerstandlosen resp. geschwächten Sensoriums (eines invaliden Gehirns). Zur zweiten Reihe sollen Stuporzustände gerechnet werden, wo die psychische Hemmung eine organisch vermittelte sei: „Seltener plötzlich (heftiger Affektshok), gewöhnlich in langsamerer Entwickelung vollziehe sich hier die geistige Gebundenheit des Stupors, mit Sinnesabschluss nach aussen und motorischen, sensiblen und circulatorischen Begleitsymptomen."

Diese Eintheilung scheint nicht glücklich gewählt, da bei den psychisch ausgelösten Stuporformen schon zugegeben wird, dass sie auf der Grundlage eines geschwächten Sensoriums eintreten. Der angegebene Unterschied beider Reihen: dass die eine direkt organisch,

1) Schüle, Dementia acuta und Stupor. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. 38. Bd.

d. h. durch akute Schwächung des Gehirnes, ausgelöste, die andere auf Grund eines geschwächten Sensoriums entstandene Formen begreifen soll, erscheint doch sehr gesucht.

Deshalb ist es wohl zweckmässiger, eine weniger gezwungen erscheinende Eintheilung der Stuporformen in folgende drei Arten zu acceptieren:

I. Melancholischer Stupor oder Melancholia cum stupore.

II. Primärer Stupor oder Erschöpfungsstupor (Binswanger).

III. Hallucinatorischer Stupor oder Pseudostupor (Westphal).

Diese drei Stuporarten können ganz unkomplicirt auftreten, hauptsächlich aber treten sie als stuporöse Zustände im Verlauf von anderen Psychosen und Neurosen auf. Deshalb kann auch in den meisten Fällen aus dem Stuporzustand allein eine Krankheitsdiagnose oder Prognose nicht gestellt werden, sondern es ist zur richtigen Beurtheilung der Aussicht auf Heilung noch wichtig zu wissen, im Gefolge welcher Grundkrankheit der Stupor eingetreten ist.

In diesem Punkte, sowie darin, dass er bei allen andern Geisteskrankheiten als vorübergehender Zustand auftreten kann, hat der Stupor ein Analagon in den maniakalischen Erregungszuständen. Wie diese im Verlaufe der verschiedensten Psychosen erscheinen, ebenso können stuporöse Phasen bei fast allen Geisteskrank-

heiten auftreten, und wie bei Aufregungszuständen aus dem Aufregungszustand an und für sich eine Krankheitsdiagnose, wie sie namentlich in prognostischer Beziehung wichtig ist, nicht gestellt werden kann, so ist dies gleicher Weise der Fall bei stuporösen Zuständen. Erscheinungen von Erregung können sich einstellen bei Manie, Melancholie, epileptischen Dämmerzuständen, bei Paralyse, erworbenem Blödsinn und angeborenem Schwachsinn, und schliesslich auf Grund von Hallucinationen und Wahnideen: bei denselben, so verschiedenartigen Geistesstörungen treten in gleicher Weise stuporöse Zustände auf. Alle diese Stuporzustände können auf die obenerwähnten drei Grundformen zurückgeführt werden.

Zur näheren Characterisirung der aufgestellten drei Stuporarten mögen folgende Krankengeschichten dienen, welche das Bild des Stupors möglichst unkomplicirt zeigen.

Melancholia cum stupore.

Frau A. M., Handarbeiterin, 27 Jahre alt, ist nach dem Aufnahme-Gutachten eine Frau von kräftiger Konstitution und ruhigem Temperamente, ohne besondere Idiosynkrasien. Bei ihren Eltern erzogen, genoss sie Volksschulunterricht. Nach der Konfirmation hatte sich Patientin 2 Jahre als Dienstmädchen vermiethet. Darnach verheiratete sie sich. Erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten wird negirt. Die Krankheit ist ganz plötzlich zum ersten Male aufgetreten, nachdem Patientin nur einen Tag zuvor über Kopfweh geklagt hatte. Im Juli 1880 starb das einzige Kind der Kranken, und ist sie seitdem oft traurig gestimmt gewesen. Mitte Januar 1881 nach einer Erkältung trat die Geistesstörung akut auf. Am 29. Januar 1881 klagte Patientin über Frost und Kopfweh, in der folgenden Nacht verliess sie ihr Bett, wollte sich entfernen; daran verhindert, gab sie auf keine Frage eine Antwort. Patientin steht fast den ganzen Tag auf dem gleichen Flecke, nimmt nur gezwungen etwas flüssige Nahrung zu sich, legt sich nur ungern Nachts ins Bett. Starke Schlaflosigkeit. Patientin sieht blass und verfallen aus, obwohl ihre Organe nicht pathologisch verändert sind.

14./II. 1881. Aufnahme in die Irrenanstalt. Der Ehemann der Kranken, welcher dieselbe hergeleitet, erzählt, seine Frau sei früher immer gesund gewesen, seit Ende Januar spricht sie kein Wort, ist traurig. Selbstmordversuche sind nicht vorgekommen, auch keine Fluchtversuche. Die Nahrung musste man der Kranken oft sehr aufnötigen, doch war sie sonst nicht widerspenstig.

15./II. Status praesens.

Patientin ist von mittlerer Grösse, kräftigem Körperbau, untersetzter Statur, ohne Misbildungen des Körpers. Kopf ohne Assymetrien, Pupillen gleich weit, eng, reagieren sehr träge. Die Zunge wird zögernd, aber gerade hervorgestreckt, ist belegt. Keinerlei Störungen im Bereiche der Facialisinnervation. An den Brustorganen nichts Abnormes.

Patientin spricht keine Silbe, sieht den Fragenden gross an, sie öffnet die Lippen, als ob sie reden wollte, aber bringt kein Wort hervor. Patientin lässt nicht erkennen, ob sie etwas von dem, was um sie her vorgeht, appercipiert.

Nachts ist Patientin vollständig schlaflos gewesen, auch hat sie sich gesträubt, morgens ihr Frühstück zu essen.

17./II. Patientin hat während des Aufenthalts in der Anstalt noch nicht ordentlich geschlafen, trotz lauwarmen Bades jeden Abend. Nahrungsaufnahme nur

durch Fütterung mit dem Löffel. Patientin spricht kein Wort, steht fast immer regungslos in einer Ecke, sieht jeden, der das Zimmer betritt, ängstlich an.

19./II. Nahrungsverweigerung hält an, doch isst Patientin, wenn sie mit dem Löffel gefüttert wird.

20./II. Patientin hat zum erstenmal gesprochen; sie motiviert ihre Nahrungsverweigerung damit, dass sie nicht essen dürfe, sie habe nichts verdient. Schlaf noch schlecht.

21./II. Patientin wird jetzt mit Bettruhe behandelt. Opium nimmt Patientin nicht.

26./II. Da die Nachtruhe noch immer höchst mangelhaft bleibt, erhält die Kranke Abends Chloral 2,0 + 0,02 Morphium.

5./III. Unverändert muss noch gefüttert werden. Schlaf ist besser geworden. Patientin spricht absolut nicht.

19./III. Noch völlig gehemmt; kann noch nicht sprechen und bewegt sich noch nicht.

30./III. Der Zustand der Kranken hat sich wenig gebessert; sie bewegt sich etwas selbständiger, spricht aber noch nicht.

28./V. Langsam, aber doch sichtbar tritt die Lösung ein. Patientin fängt an, sich bei den Reinigungsarbeiten in der Abtheilung zu beschäftigen, sogar unaufgefordert, aber das Sprechen fällt ihr noch sehr schwer; nur ganz kurze Antworten kommen zögernd hervor.

2./VII. Patientin lebt mehr und mehr auf, ist aber noch gehemmt, was sich darin zeigt, dass sie nicht spontan sich sprachlich äussert, ungefragt spricht sie nie, aber was sie antwortet, ist korrekt.

6./VIII. Patientin verrichtet fleissig Hausarbeiten, spricht auch schon hin und wieder von selbst.

13./VIII. Patientin wird von Tag zu Tag lebhafter, am meisten ist noch die Sprache gehemmt, sie wird jetzt auffallend wohlgenährt.

27./VIII. Patientin wird immer freier, spricht ungefragt und erkundigt sich nach ihrer Familie.

9./IX. Auch der letzte Rest der psychischen Hemmung ist verschwunden. Patientin wird entlassen.

Diese Kranke zeigt deutlich, wie auf Grund melancholischer Ideen nicht nur Nahrungsverweigerung eintritt, sondern auch alle psychischen Funktionen und die körperlichen Bewegungen gehemmt werden. Infolge der Fülle melancholischer Ideen und der Ueberwältigung des Geisteslebens durch den psychischen Schmerz ist die Kranke vollständig gehemmt.

Die psychische Depression bringt aber nicht nur eine Hemmung des Willens hervor, sie wirkt auch verlangsamend auf die vegetativen Vorgänge: der Ernährungszustand wird mangelhaft, alle Sekretionen und Exkretionen vermindert. Dazu wird auch die Respiration und der Puls träge, nimmt an Intensität und Frequenz ab. Die Kranken nehmen ganz die Physiognomie von

apathischen Blödsinnigen an, sie unterscheiden sich jedoch von diesen durch den schmerzlichen Gesichtsausdruck und die, wenn auch oft sehr seltenen, Aeusserungen über die psychischen Schmerzempfindungen, während die Blödsinnigen meistens vollständig affektlos sind.

Wegen dieser grossen Aehnlichkeit sind früher melancholische Stuporformen oft unter der Bezeichnung „Blödsinn“ geschildert worden, und manche der ältern Autoren zählen lange Reihen von geheilten akuten Blödsinnigen auf. Ein anderer Grund der Konfundierung von Melancholia cum stupore und Blödsinn ist auch noch darin zu suchen, dass Melancholia cum stupore oft in Blödsinn übergeht und dann leicht begreiflich eine Unterscheidung zwischen beiden sehr schwer werden kann.

Primärer Stupor.

Ed. W., Bäckergeselle, kräftiger Konstitution, besuchte die Dorfschule, wo er gute Fortschritte machte, und kam dann zu einem Bäcker in die Lehre. Von seinem Meister unverdient bestraft, verliess er den Dienst, ging zu einem andern Meister und hielt hier bis zum Schluss seiner Lehrzeit aus. Darnach arbeitete er einige Zeit als Tagelöhner und Maurer. Bei einem Bau fiel ihm, angeblich aus der Höhe von 2 Stockwerken, ein Backstein auf den Kopf mit solcher Wucht, dass er sofort niederstürzte und mehrere Stunden besinnungslos war. Der Stein verletzte auch den rechten Daumen. Der Patient ging nach der Heilung dieser Wunden wieder als Bäcker 2 Jahre in die Fremde. Während dieser Zeit soll er einmal längere Zeit, an Magenschmerzen und Bandwurm leidend, in einem Krankenhause gelegen haben. Der Kranke fühlte sich darnach zu schwach zur Arbeit und kam zu seinen Eltern nach Hause. Hier klagte er stark über Magenschmerzen, allein dieselben waren rein subjektiv, und dem Kranken wurden vom Arzte, da er sehr anämisch war, Eisen und Roborantien verordnet.

Patient verrichtete zu Hause Tagelöhnerarbeit, war fleissig, aber äusserst wortkarg und zurückhaltend gegen seine Kameraden. Dabei zeigte sich eine Neigung zu körperlicher Unruhe und Aufregung. Er führte zwecklos stunden- und meilenweite Touren in Feld und Wald aus, oftmals in der dürftigsten Kleidung ohne alle Nahrungsmittel und Geld, und kehrte erst spät Abends zurück, oft bis auf die Haut durchnässt. Nie erfuhr man von ihm, wo er gewesen und warum er fortgegangen.

Als nach Neujahr 1884 der Zustand schlimmer wurde, der p. W. nicht mehr arbeitete, „weil er krank sei und der Doctor ihm doch nicht helfen könne", wurde er am 25./IV. in die Irrenanstalt zu Jena aufgenommen.

Bei der Aufnahme wurde folgendes gefunden: Der äussere Eindruck des Kranken ist der eines müden, abgespannten Menschen, der Gesichtsausdruck ist traurig und verstimmt. Auf alle an ihn gerichteten Fragen giebt er mit leiser Stimme ganz langsam die betreffende Antwort. Er hat ein deutliches Krankheitsbewusstsein. Als Ursache seiner Erkrankung bezeichnet er den Fall eines Ziegelsteines auf den Kopf. Seit dieser Zeit will er Kopfschmerzen haben, die unregelmässig mit wechselnder Intensität wiederkehren. Nebenbei klagt der Kranke noch über Appetitmangel und Magenschmerzen. Auf Verlangen wird die Zunge sehr langsam hervorgestreckt; dieselbe ist ziemlich stark belegt.

28./IV. Patient sitzt bei Tage meistens aufrecht im Bette, den Blick entweder auf die Bettdecke oder in irgend eine Zimmerecke gerichtet. An ihn gestellte Fragen beantwortet er ganz langsam und zögernd. Alle Bewegungen, sowohl die intendierten (z. B. beim Handgeben) als auch die reflektorischen (bei tiefen Nadelstichen) sind sehr verlangsamt und erfolgen zeitweilig erst nach mehrfachen Aufforderungen und Versuchen. Die Nahrungsaufnahme ist eine sehr geringe.

1./V. Keine wesentliche Aenderung. Der Kranke äusserte sich heute zum ersten Male spontan: „er wolle fort.“

6./V. Klinische Vorstellung: Junger, abgeblasster, abgemagerter Mann. Blick argwöhnisch und verschleiert. Gang ist schleichend, träge, Füsse werden kaum vom Fussboden erhoben und nur eine geringe Strecke vorwärts geschoben. Zeitweise bleibt der Kranke stehen und muss ihm ein neuer Impuls zur Bewegung gegeben werden.

Auf Zureden giebt er die Hand. Die Hand bleibt in der Stellung stehen, in welcher sie gegeben. Auf die Frage nach dem Namen sagt Patient seinen Namen, doch in sehr langsamer und zögernder Weise und mit ganz leiser Stimme. Er soll die Zunge zeigen: dabei öffnet er langsam den Mund, streckt sehr langsam die Spitze der Zunge heraus. Die Zunge ist belegt.

Auch die passiven Bewegungen sind vollständig verlangsamt. Der aufgehobene Arm bleibt längere Zeit in

der einmal angenommenen Stellung und wird erst nach wiederholter Aufforderung wieder gesenkt.

Sämmtliche Bewegungen sind rein automatisch.

20./V. Patient hat sich in körperlicher und geistiger Beziehung kaum geändert. Er lacht jetzt manchmal über Spässe seiner Mitkranken.

Der Zustand bleibt lange derselbe.

August: erzählte der Kranke von einem Förster, der ihm ein langes lateinisches Wort genannt habe, doch sei es ihm nicht möglich, sich auf dasselbe zurück zu erinnern. Im Uebrigen verharrt der Kranke in demselben stuporösen Zustande.

Bei diesem Kranken sieht man, wie sich nach einem hypochondrischen Vorstadium bei dem leicht erschöpften Individuum, dessen Gehirn noch durch ein Kopf-Trauma einen Theil seiner normalen Widerstandsfähigkeit eingebüsst, allmählig eine starke Hemmung der intellektuellen und motorischen Kräfte ausgebildet hat. Alle geistigen Vorstellungen sind erstarrt, und infolge dessen auch die körperlichen Funktionen und Bewegungen verlangsamt und gehemmt. Bei dem Kranken ist jedoch nur ein Erstarren, eine Erschöpfung der Geistesthätigkeit, keine Aufhebung wie bei Blödsinn vorhanden, da der stuporöse Zustand sich stundenweise etwas löst, und normale Geistesfähigkeiten zum Vorschein kommen.

Der Unterschied zwischen primärem Stupor, wie ihn diese Krankengeschichte erläutert, und der vorher abgehandelten Melancholia cum stupore liegt darin, dass bei

letzterer eine Hemmung der intellektuellen Fähigkeiten und Willensthätigkeit auf Grund überhandnehmender Affekte stattfindet, also die affektive Seite zuerst alteriert ist, bei primärem Stupor wird zuerst die intellektuelle Sphäre ergriffen und konsekutiv alle Geistes- und Körperfunktionen verlangsamt und behindert.

Solche Fälle von primärem Stupor, wie er eben geschildert ist, sind selten; häufiger tritt derselbe als Krankheitsphase im Verlaufe von konsumierenden Geistes- und körperlichen Krankheiten auf und wechselt dann ab mit Erregungszuständen, oder er tritt von vornherein intermittierend mit längeren Zwischenzeiten normaler Geistesthätigkeit, Zeiten der Lösung, auf.

In der Zeit, wo die Erstarrung gelöst ist, geben die Kranken oft merkwürdige Auskünfte über den vergangenen Stuporzustand: z. B. äusserte sich eine Kranke, welche 8 Monate lang im hochgradigsten Stupor, unter dem Bilde der tiefsten geistigen Versunkenheit verharrt und bezüglich der vegetativen Sphäre jede Selbstkontrole verloren hatte, nach der Genesung in folgender charakteristischen Weise: „Mir war es, als ob ich in einer hohen Kirche mich befände, ich konnte die Wände nicht recht erkennen, aus der Ferne drang leiser Orgelton zu mir herüber[1]).“

Eine andere Kranke[2]) berichtet: Zur Zeit ihres tie-

1) Binswanger, Zur Frage von der acuten, heilbaren Demenz. Charité-Annalen VI. Jahrgang.

2) Beobachtung aus der Irrenanstalt Alt-Scherbitz.

fen Stupors sei ihr im Kopf wie verdreht, ganz dumm und schwach; ihr Gehirn sei zu leicht, ihr Gesicht sehr schwach. Sie höre alles, verstehe alles, vergesse indessen sehr leicht das, was sie gehört. Meist sehe sie auch in ihrem schlafenden Zustande, oft aber vergehe ihr die Sehkraft. Sprechen könne sie absolut nicht, es fehle ihr an Kraft, auch wisse sie nicht, was sie sprechen solle. Die Namen der während des Stupors neu auf die Abtheilung gekommenen Kranken höre sie sehr wohl, könne sie auch kurze Zeit behalten, dann aber vergesse sie dieselben wieder. Schmerzen fühle sie nicht, auch fehlten überhaupt alle Empfindungen ganz; — daher lässt sie auch alles unter sich gehen, sie merkt es nicht mehr.

Plötzlich, giebt die Kranke an — wie, könne sie nicht sagen — bekäme sie frischen Muth, der Kopf werde leichter, und sie gewinnt die Sprache wieder.

Pseudostupor.

A. H., Böttcher aus B., 31 Jahre alt, verheiratet, hat fünf Kinder, ist uneheliches Kind; über erbliche Belastung nichts bekannt. Hat in der Jugend an epileptischen Krämpfen gelitten. Bei einer Anfang 1885 stattgehabten Krankheit seiner Frau hat er, um die Kurkosten aufzubringen, sehr angestrengt gearbeitet. Seitdem zeigt er sich psychisch verändert; er hat Freunden mitgetheilt, es werde ihm bald besser gehen, da er eine Erbschaft machen werde. Er betrug sich auch sonst merkwürdig, indem er meinte, alle Leute bekümmerten sich um ihn und sprächen über ihn.

Am 26./IV. 1885 stand er Nachts aus dem Bette auf, sah nach Fenster und Thüren, verriegelte die Thür, als ob er einen Einbruch befürchte. Am folgenden Tage wechselten Ruhezustände mit heftigen Erregungszuständen. Am 28. wird der Kranke zur bessern Ueberwachung aus seiner engen Wohnung heraus in das Polizeigefängnis gebracht. Hier zerschlägt er den Ofen und mit einer Ofenplatte das Fenster und entweicht. Er wird nur mit Mühe bezwungen und in die Irrenanstalt zu Jena übergeführt.

29./IV. 1885. Status praesens.

Kleiner Mann, graciler Knochenbau, schmächtige Muskulatur, äusserst geringes Fettpolster. Haut schmutziggrau. Temperatur nicht erhöht. Schädel rachitisch, wenig von der Norm abweichend, gut behaart. Gesichtsausdruck ängstlich, Gesicht eingefallen. Sonst nichts Besonderes.

Patient liegt ruhig zu Bett, erzählt von seiner schrecklichen Behandlung zu Hause.

30./IV. Patient fühlt sich wohler nach einer tüchtigen Ausleerung, weiss, dass er in Jena ist.

Er giebt an, dass er während seiner Schulzeit manchmal an Krämpfen gelitten hat. In den Jünglingsjahren sei er immer gesund gewesen. Soldat sei er wegen seiner Kleinheit nicht geworden. Mit 22 Jahren habe er geheiratet; er habe 5 Kinder, die aber wahrscheinlich nicht von ihm seien. Er habe geglaubt, er habe eine ganz ehrliche Frau, aber wenn sie freilich zu andern gehe, so müsse man fremde Kinder ernähren. Früher habe er aber nichts von der Untreue seiner Frau gewusst, er habe es erst gemerkt, seitdem er in Aufregung sei, er habe davon gehört..... (Es folgen dunkle, unklare Worte.) Aufgeregt sei er durch eine Erbschaft, die er angeblich aus Amerika bekommen soll (der uneheliche Schwängerer seiner Mutter ist nach Amerika gegangen). Er habe von Niemanden über die Erbschaft gehört, seine innere Stimme habe ihm keine Ruhe ge-

lassen. Es sei ihm immer, als ob er von Angst gefasst werde und als ob er fort müsste.

Als er im Gefängnis gewesen, habe man Feuer anmachen wollen. Er habe dann gefürchtet, verbrannt zu werden, deshalb habe er den Ofen eingerissen. Weil er glaubte, trotzdem noch zu ersticken, habe er auch das Fenster eingerissen.

Die Wärter, die ihn dann fassten, hätten ihm falsche Vorspiegelungen gemacht und ihn mit Spiegelglas betäubt. In dem Getränk, was man ihm gereicht habe, meint er, habe man ihm „doch wohl etwas eingeben wollen".

1./V. Patient hat gestern den ganzen Tag und Nacht geschlafen. Er ist heute klar, ruhig, nicht mehr so ängstlich.

Er weiss, wo er ist. Er giebt an, dass er nicht mehr so grosse Angst habe. Die innere Stimme sei auch nicht mehr recht vorhanden.

Er glaubt, dass er in Amerika eine grosse Erbschaft gemacht und dass diese zu Hause liege und man ihn deshalb geknebelt und schlecht behandelt habe.

Durch die längere Unterhaltung wird Patient aufgeregt, bekommt einen stark gerötheten Kopf. Er spricht verwirrt vom Grossherzog, seiner Gnade und der Erbschaft.

3./V. Patient liegt ruhig zu Bett, schläft, isst gut. Er äussert: „Es ist mir, als ob immer jemand mit mir spricht."

4./V. Patient steht auf und geht in den Garten. Er hört immer noch eine Stimme, die ihn zu erforschen sucht. „Es könnte mein Gewissen sein, es ist aber, als wenn jemand mit mir spricht. Die Stimme kommt aus dem Innern meines Herzens.“

10./V. Patient ist ausser Bett. Behauptet, die Nacht schlecht geschlafen zu haben, da es ihm so vorgekommen, als ob immer jemand mit ihm spräche. Es sei nur eine einzige Stimme, die ihm sage, was er thun und lassen solle. Es käme ihm vor, als ob er zu etwas höherem beschieden sei und er in ein anderes Land kommen solle.

18./V. Patient macht einen veränderten Eindruck, hat eigentümlich fettig glänzende Haut. Er wird zu Bett gelegt. Die Nacht ist schlaflos, zeitweise ist der Kranke aufgeregt. Früh klagt er über starkes Frieren.

20./V. Patient muss zum Essen sehr genötigt werden, sieht sehr elend aus.

25./V. Patient liegt regungslos im Bett, ist nicht zum Sprechen zu bewegen, muss sehr zum Essen angehalten werden. Dieser Zustand dauert fort bis zum

7./VI. Patient schreit einmal laut auf, er habe keine Hand mehr; dann verfällt er wieder in den regungslosen Zustand.

Nachdem dieser Zustand, in dem Patient regungslos zu Bett liegt, die Augen eigentümlich glänzend zur Decke gerichtet, einen Monat angedauert hat, fängt er plötzlich am

7./VII. in skandierender Sprache an zu sprechen: „Un-ser Herr Gross-her-zog ist ge-stor-ben und ver-dor-ben, pre-di-get Bu-sse u. s. w.

Nach ungefähr einer Stunde ist er stumm wie früher.

16./VII. Er wird trotz seines stuporösen Zustandes in den Garten genommen; hier muss er von einer Stelle zur andern geschoben werden.

26./VII. Patient wird in der Klinik vorgestellt. Er ist auffällig verändert, er lacht sehr viel, grimassiert, spricht aber kein Wort. Im Uebrigen ist er regungslos wie früher.

Bei diesem Kranken kann man deutlich verfolgen, wie er zuerst von Wahnideen und Hallucinationen befangen wird und durch die ausschliessliche Beschäftigung mit seinen inneren Stimmen ein regungsloser äusserer Zustand eintritt.

Die Wahnideen und Hallucinationen ändern sich auch offenbar bei unserm Kranken. Zuerst ist er in seinem Stupor ängstlich und nach seinen Aeusserungen am 7./VII. von trüben Ideen eingenommen. Wie aber aus den letzten Aufzeichnungen zu ersehen ist, wird seine Stimmung anders, er grimassiert und lacht öfter. Dieses geschieht natürlich alles auf Grund seiner Wahnideen.

An diese drei Grundformen anschliessend bedarf es noch einer kurzen Charakterisierung von Stuporphasen, welche vielleicht scheinbar nicht unter oben geschilderte Paradigmate unterzubringen sind.

Stuporphasen im Laufe der Manie sind wohl kaum als Erschöpfungsreaktion nach grosser körperlicher und geistiger Erregung zu verkennen.

Ebenso ist oft Stupor im Verlaufe des maniakalischen Paralysestadiums nach Vorhergehendem leicht zu erklären; allein meistens liegt dem paralytischen Stupor eine andere mannigfaltigere Ursache zu Grunde; er ist in den meisten Fällen noch durch Hallucinationen und melancholische Wahnideen veranlasst.

Bei Epilepsie tritt Stupor nach Erschöpfung und auf Grund von Hallucinationen auf.

Was nun die Prognose der stuporösen Zustände betrifft, so ist dieselbe, wie schon angedeutet, sehr von der Grundkrankheit abhängig.

Die Stuporzustände verschlechtern aber die Prognose der Grundkrankheit um Vieles. Die beste Prognose von allen drei Stuporformen hat noch der primäre Stupor und besonders der Erschöpfungsstupor nach reiner Manie. Stupor zu Melancholie hinzugesellt verschlechtert die Prognose der Melancholie sehr, indem viele solche Krankheitsformen unrettbar in Verblödung übergehen. Denselben Ausgang hat fast immer der Pseudostupor: dieser hat entschieden die schlechteste Prognose; die Hallucinationen verblassen allmählig, und Verblödung mit leichter Verwirrtheit bleibt übrig.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer und früheren Chef, Herrn Professor Dr. Binswanger, für die freundliche Anleitung und Unterstützung, die er mir bei dieser Arbeit zu Teil werden liess, meinen ergebensten Dank auszusprechen.